



**CESVOT**

CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO TOSCANA



# Il Nuovo Accreditamento Sanitario

Scadenze, esempi e buone prassi  
per una sanità di qualità

a cura di Fabio Lenzi



# La sfida della qualità

Non è scontato per il volontariato confrontarsi con il tema della sanità, in particolare quando lo si affronta dal punto di vista della produzione delle prestazioni sanitarie, da sempre appannaggio del servizio pubblico e di una aggressiva imprenditorialità privata.

Tuttavia una larga fetta del volontariato toscano ha accolto questa sfida già da tempo diffondendo, soprattutto con strutture di diagnostica leggera, una presenza capillare sul territorio. Queste strutture costituiscono ormai un punto di riferimento prezioso per le comunità, in particolare in quelle aree, fuori dai centri urbani, che hanno visto negli ultimi decenni il progressivo ritirarsi dei presidi del Servizio Sanitario Nazionale.

Oggi, garantire le cure e l'assistenza sanitaria, rappresenta anche un elemento di giustizia e di coesione sociale; per questo motivo il volontariato, in maniera crescente, ha inteso rispondere alla contrazione pubblica con servizi di qualità, mettendo a disposizione strutture, professionisti e capacità organizzative non inferiori all'offerta pubblica e privata.

Se, infatti, il nostro Servizio Sanitario difetta proprio della capacità di "farsi vicino" alla persona vista nella sua espressione più completa e non solo nello stato clinico di "paziente", il volontariato d'altra parte può costituire una risposta di senso, solidale e capillarmente presente, anche laddove le economie dei budget non ritengono più sostenibile la presenza di una struttura sanitaria.

Questo volumetto, diretto a facilitare l'ottenimento dell'accreditamento per le strutture sanitarie non profit, intende aiutare a comprendere il nuovo percorso di crescita nella qualità che la Regione Toscana ha introdotto con la L.R. 51/2009. Un percorso più ampio e più complesso, ereditato da un'esperienza più che decennale di applicazione del primo sistema di accreditamento regionale.

Siamo certi che il volontariato toscano sia pronto anche per questa sfida, consapevole che crescere nella qualità significhi anzitutto un miglior servizio alla comunità, nel cui interesse - per sua stessa natura - esso opera da secoli nella nostra regione.

**Patrizio Petrucci**

*Presidente Cesvot*

**Fabio Lenzi**, esperto di politiche sociali e sanitarie, è fondatore e senior partner di IRIS - Idee & Reti per l'Impresa Sociale. Segue da tempo l'evoluzione dei sistemi di welfare in Italia e in Toscana operando, da consulente, a fianco di numerose amministrazioni locali. Con le organizzazioni non profit realizza percorsi di sviluppo consapevole e sostenibile; è esperto di sistemi di gestione per la qualità. ([fabio.lenzi@irisonline.it](mailto:fabio.lenzi@irisonline.it))

[www.irisonline.it](http://www.irisonline.it)



## L'accreditamento sanitario in Toscana

Il primo impianto di accreditamento dei servizi sanitari risale, nella nostra Regione, ad oltre un decennio fa. Infatti la Regione Toscana, fra le prime in Italia, normò il sistema e i requisiti di accreditamento già nel 1999 con la legge n. 8, oggi abrogata dalla nuova normativa (L.R. 51 del 5 agosto 2009).

Da allora il sistema non è mutato ma si è consolidato ed espanso agli studi professionali, alla medicina sportiva, alla salute odontoiatrica, aggiungendo via via i pezzi ad un "puzzle" che ha fatto della **crescita qualitativa** di un intero sistema la sua principale ragion d'essere.

Il sistema di accreditamento tuttavia è rimasto anche a lungo incompiuto, perché non prevedeva un chiaro meccanismo di revisione e di controllo nel tempo e perché faticava moltissimo ad applicarsi alle strutture ospedaliere di maggiore dimensione e complessità.

Con la **L.R. 51/2009** la Regione Toscana ha prodotto una **completa revisione ed evoluzione** del sistema. Come infatti suggerisce la stessa **Relazione Illustrativa** della proposta di legge al Consiglio Regionale, *"l'esperienza realizzata in Toscana, sulla base della L.R. 8/1999, ha prodotto la certezza di un sistema di regole sulla qualità e la sicurezza dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica e ha consolidato, . . . , un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie."*

*"Tuttavia" – continua la Relazione – "sono emerse alcune criticità insite nello stesso impianto normativo della L.R. 8, che determinano l'esigenza di un riorientamento del sistema, per una sua migliore contestualizzazione rispetto alle evoluzioni intercorse all'interno del servizio sanitario regionale, per riportarlo a un livello culturalmente competitivo nel dibattito nazionale sul tema degli strumenti di verifica della qualità e per superare alcune pesantezze procedurali che hanno contribuito alla lentezza dei processi di accreditamento."*

Tre dunque in estrema sintesi gli obiettivi del nuovo impianto normativo:

1. migliore contestualizzazione rispetto alle evoluzioni intercorse;
2. maggiore adeguatezza con quanto sta avvenendo nel resto del Paese;
3. semplificazione burocratica.

E' indubbio che il terzo punto susciti il principale interesse per tutti gli operatori della sanità, in particolare per le organizzazioni private e di terzo settore, che in questi anni spesso non hanno compreso il senso di una crescente burocratizzazione della qualità dell'assistenza, senza un tangibile beneficio per i cittadini.



# Accreditamento Istituzionale

## Che cos'è

L'**accreditamento istituzionale** è il riconoscimento, da parte della Regione, della possibilità che un soggetto, già autorizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie, possa svolgere la propria attività per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Nella nuova legge regionale, l'accreditamento si pone in una linea di piena continuità con quanto introdotto più di 10 anni fa dalla L.R. 8/99. Attraverso il cosiddetto "accreditamento istituzionale" il legislatore regionale introduce uno standard di qualità di "primo livello", la cui evoluzione è rappresentata da quello che la legge chiama l'accreditamento di eccellenza, tema oggetto del paragrafo successivo.

**L'accreditamento istituzionale è dunque una condizione necessaria per tutti coloro che, siano soggetti pubblici o privati, intendono erogare le prestazioni del servizio sanitario pubblico.**

L'accreditamento è un percorso **obbligatorio** per le strutture pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere), è invece **facoltativo** e volontario per i soggetti privati che però, se privi di accreditamento, non possono erogare le prestazioni in convenzione con il SSN.

Ottenere l'accreditamento tuttavia non consente di svolgere prestazioni per conto del SSN; è infatti necessario che intervenga, fra soggetto accreditato e Azienda Sanitaria/Ospedaliera un accordo che specifichi tempi, costi, modalità e quantitativi di prestazioni erogabili in convenzione con il SSN. Senza questo ulteriore passaggio contrattuale, **l'essere accreditati garantisce al soggetto privato solo una potenzialità e non un diritto al convenzionamento.**

## Come si ottiene

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Giunta Regionale a chi ne fa richiesta entro 30 giorni dalla domanda, purché il richiedente possieda quanto previsto dal Regolamento applicativo (**Reg. 61/R del 24/12/2010**) e l'accreditamento sia funzionale agli indirizzi della programmazione regionale espressi dal Piano Sanitario e Sociale Integrato (PSSIR).

L'accreditamento istituzionale non è attribuito a tutte le prestazioni erogate da una struttura sanitaria, ma solo alla struttura organizzativa funzionale per il quale è richiesto. Nella stessa struttura

sanitaria pertanto possono convivere sia unità organizzative accreditate (e quindi convenzionabili con il SSN) che altre semplicemente autorizzate (e quindi eroganti prestazioni a pagamento a totale carico del paziente).

La domanda di accreditamento è inoltrata alla Giunta Regionale da parte del legale rappresentante della struttura richiedente, corredata da una **dichiarazione sostitutiva** che attesti il possesso dei requisiti prescritti dal Regolamento applicativo (Reg. 61/R del 24/12/2010).

### Validità e rinnovo

L'accreditamento istituzionale ha validità per **5 anni** e può essere rinnovato, su richiesta, con la stessa procedura con cui è stato rilasciato la prima volta. La richiesta di rinnovo dell'accreditamento deve essere inviata alla Giunta regionale almeno **90 giorni** prima della scadenza utilizzando la specifica modulistica regionale.

In attesa del rinnovo la struttura sanitaria accreditata continua comunque ad operare in regime di proroga senza alcuna interruzione del servizio.

### La qualità dei professionisti

L'accreditamento istituzionale può essere richiesto anche da **singoli professionisti** titolari di studio. Anche per essi l'accreditamento è la condizione necessaria per poter svolgere prestazioni per conto del SSN. Tuttavia, come per le strutture, l'essere accreditati non dà titolo per svolgere prestazioni convenzionate se non a fronte di uno specifico accordo con l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera.

La procedura di rilascio è simile a quanto già previsto per le strutture e la validità è sempre per 5 anni. Tuttavia al professionista che intende accreditarsi, i requisiti del regolamento applicativo richiedono in particolare il possesso di adeguati crediti formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) e lo svolgimento di attività di una certa consistenza, al fine di poter assicurare un adeguato possesso di capacità professionali e di competenze.

## Accreditamento di eccellenza

### Che cos'è

L'**accreditamento di eccellenza**, dice la legge, esprime il livello di qualità e di eccellenza raggiunto da una struttura sanitaria nell'ambito di un **processo valutativo dinamico orientato al miglioramento continuo**, in relazione ad obiettivi predefiniti di performance, in termini di qualità e sicurezza delle cure sanitarie.

La definizione, un po' criptica, sembra voler esprimere una sorta di "secondo livello" di accreditamento che riconosca, a quelle strutture in grado di evolvere la propria qualità al di sopra della media, un "titolo di eccellenza". Per queste strutture essere accreditate in eccellenza non produrrà presumibilmente vantaggi di carattere contrattuale ma le individuerà come **punti di riferimento** per la qualità delle prestazioni a tutti gli attori del sistema.

La decisione di intraprendere il percorso di riconoscimento dell'eccellenza è volontaria sia per i soggetti pubblici che per quelli privati, e non sembra offrire (nel silenzio della legge) maggiori possibilità di poter convenzionare le proprie prestazioni con il SSN.

Per comprendere quali risvolti assumerà in concreto l'accreditamento d'eccellenza, sarà probabilmente necessario attendere un'**ulteriore integrazione normativa** da parte della Regione. Ad oggi infatti né la legge, né il Regolamento applicativo, contengono elementi sufficienti a comprendere le conseguenze e le opportunità che derivano da tale riconoscimento.

### Come si ottiene

I soggetti pubblici e privati richiedono l'accreditamento di eccellenza alla **Giunta Regionale per le strutture già in possesso dell'accreditamento istituzionale**.

L'accreditamento di eccellenza può essere richiesto anche solo per specifici processi assistenziali di alta complessità che siano formalmente definiti e individuati.

La domanda con la quale si richiede l'accreditamento di eccellenza deve contenere una dichiarazione sostitutiva che attesti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 35 della legge che, rimandandone la definizione specifica al regolamento applicativo, elenca tre macro-tipologie:

- a) processi di valutazione derivanti dal sistema regionale di valutazione delle performance delle aziende sanitarie;
- b) realizzazione delle migliori pratiche per la sicurezza del paziente con riferimento alle indicazioni emanate a livello regionale;



c) specifici obiettivi strategici di miglioramento definiti a livello regionale., in relazione all'oggetto della richiesta di accreditamento di eccellenza.

Alla domanda infine, si possono anche aggiungere le **certificazioni di qualità già acquisite** da enti esterni.

La **Commissione regionale per la qualità e la sicurezza** (vedi il box sugli "Attori" del sistema), con il supporto del Gruppo tecnico regionale di valutazione, effettua, sulla domanda di accreditamento di eccellenza, una valutazione complessiva, producendo un **report di sintesi** sulle caratteristiche qualitative oggetto della richiesta.

In base a tale report la Giunta Regionale attribuisce o meno l'accreditamento di eccellenza conformandosi peraltro a quanto espresso dalla Commissione regionale per la qualità e la sicurezza il cui parere è vincolante.

### Validità e rinnovo

L'accreditamento istituzionale ha validità per **5 anni** e può essere rinnovato, su richiesta, con la stessa procedura con cui è stato rilasciato la prima volta.

#### Le parole dell'accreditamento

**Denominatore:** in una frazione matematica indica in quante parti uguali è stato diviso l'intero (es. nella frazione  $\frac{3}{4}$ , il denominatore indica che l'intero è stato diviso in 4 parti uguali).

**Evidenza:** è l'informazione la cui veridicità è dimostrata a seguito di osservazioni, misurazioni, prove o altro.

**Numeratore:** in una frazione matematica è il numero delle parti nelle quali è diviso l'intero che ci interessa considerare (es. nella frazione  $\frac{3}{4}$ , il numeratore indica che andiamo a prendere 3 delle 4 parti in cui dividiamo l'intero).

**Requisito:** è la caratteristica che deve essere posseduta dalla struttura sanitaria per poter essere accreditata.

**Requisito essenziale:** è un requisito che deve essere obbligatoriamente posseduto per poter essere accreditati (sono contrassegnati da un \* accanto al codice di riferimento).

**Indicatore:** è il 'valore' che fornisce indicazioni sullo stato e permette, se ripetuto, di conoscere la tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici risultati di una organizzazione; l'indicatore è anche lo strumento utilizzato per misurare l'oggetto dell'osservazione.

**Standard base:** è il valore di riferimento con cui viene espresso il limite minimo da raggiungere in un indicatore per poter essere considerato posseduto il requisito cui l'indicatore stesso è riferito.

**Tipologia fonte:** è il documento dal quale si ricava l'evidenza (vedi sopra) del valore raggiunto dall'indicatore.



## Il sistema dei requisiti e degli indicatori

Il sistema dei requisiti introdotto dalla nuova normativa costituisce un'altra novità significativa apportata al modello preesistente. Se infatti la L.R. 8/99 introduceva già lo strumento delle "check list" di requisiti da possedere, il Regolamento applicativo della L.R. 51/09 evolve tale approccio, e **sposta l'attenzione dal mero possesso dei requisiti alla valutazione di performance**. Così facendo l'accreditamento realizza un **sistema integrato di requisiti posseduti e di indicatori raggiunti**: cioè di risultati qualitativi effettivamente conseguiti nel corso dell'attività.

Il quadro che si presenta è dunque ampio e complesso e richiede, anche a chi è già in possesso dell'accreditamento, un ulteriore **sforzo di sviluppo** del proprio sistema qualità. In particolare, la previsione di indicatori di risultato, già espressi nei valori minimi di riferimento dalla legge, impone la messa a regime di un **sistema informativo attivo e adeguato** per produrre i dati di processo e di esito richiesti per comprovare il possesso dei requisiti autocertificati.

**I requisiti e gli indicatori sono introdotti dal Regolamento applicativo della legge 51/09 che è stato approvato il 24/12/2010 e porta il n. 61/R.**

Il Regolamento distingue **due categorie di indicatori**: quelli **comuni** a tutte le aree clinico assistenziali, e quelli specifici per le diverse aree. **L'Allegato E** del Regolamento individua quindi **11 tabelle** di requisiti relative ad altrettante Aree clinico-assistenziali più una **dodicesima** dedicata alle strutture residenziali non organizzate per strutture organizzative funzionali e a tutte le strutture ambulatoriali.

Per potersi accreditare la struttura deve **possedere almeno il 70% dei requisiti indicati dal Regolamento e fra questi devono comunque essere posseduti tutti i requisiti cosiddetti "essenziali"**.

Nelle tabelle di requisiti, quelli definiti **"essenziali"** sono facilmente riconoscibili perché **contrassegnati da un \* (asterisco)**. Per accreditarsi pertanto la struttura dovrà possedere tutti i requisiti essenziali, e scegliere fra i restanti "facoltativi" un numero di requisiti che permetta – complessivamente – di coprire almeno il 70% del totale dei requisiti previsti nella tabella di riferimento.

La scelta dei requisiti ulteriori permette dunque alla struttura di orientare la propria crescita qualitativa secondo una scala di priorità scelta con un certo grado di autonomia. Potrà poi nel tempo, ma senza un obbligo di legge, anche adempiere a tutti i requisiti previsti dal Regolamento.

Requisito	Categoria	Macrocategoria
A1.* Esiste un sistema Carta dei Servizi/strumenti di informazione. (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
A2. E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda (A e R)	Comunicazione e partecipazione	DIRITTI E PARTECIPAZIONE
RA1. Si è predisposto un processo per l'invio dei flussi informativi (solo R)	Gestione dati	MANAGEMENT
M1. I risultati delle attività sono discussi e valutati almeno semestralmente dai responsabili al fine di orientare il piano di miglioramento (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M2. Sono realizzati incontri periodici del personale per condividere gli obiettivi e la pianificazione delle attività (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M3. Il raggiungimento degli obiettivi di budget è verificato in maniera adeguata (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M4. E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi/ fornitori esterni (A e R)	Organizzazione del lavoro	MANAGEMENT
M5.* E' strutturata la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. Tale organizzazione è coerente con le politiche regionali ed aziendali e le linee operative definite dal Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
RA2. L'organizzazione definisce annualmente il piano aziendale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e a una relazione di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Piano e relazione sono coerenti con le indicazioni regionali ed aziendali (A e R)	Sviluppo del sistema di Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente	MANAGEMENT
M8. Il programma di inserimento per i nuovi assunti e di orientamento per i nuovi inseriti è sottoposto a valutazione (A e R)	Formazione	MANAGEMENT
M9. Il Documento Programmatico della Sicurezza è diffuso agli operatori (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT
M10. Sono adottate modalità e procedure affidabili di trasmissione dei dati laboratoristici e diagnostici (A e R)	Gestione dati	MANAGEMENT
M11.* La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI
M12. Condivisione di una procedura sul lavaggio delle mani. (A e R)	Qualità e sicurezza per le attività clinico-assistenziali / Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali	PERFORMANCE ASSISTENZIALI

Come si può vedere dall'esempio di tabella qui sopra, i requisiti "A1.\*" e "M5.\*" sono **essenziali in quanto contrassegnati da asterisco** e quindi devono essere obbligatoriamente posseduti dalla struttura che intende accreditarsi. I restanti requisiti invece, saranno **liberamente scelti** dalla struttura per arrivare al limite minimo del 70%.

## Gli indicatori

Ad ognuna delle 12 tabelle di requisiti allegate al Regolamento applicativo, corrisponde una **tabella di indicatori**.

Come noto **gli indicatori sono valori numerici che esprimono una misura di quanto oggetto di richiesta da parte del requisito corrispondente**.

In sostanza: lo schema proposto dal Regolamento prevede che il soggetto che intenda accreditarsi possieda determinati requisiti. **Il possesso dei requisiti viene dimostrato, per ciascuno di essi, da un indicatore**. L'indicatore corrispondente a ciascun requisito è **già contenuto** nel Regolamento stesso (Allegato E) ed espresso in tutte le sue caratteristiche:

- **codice** del requisito a cui è riferito;
- **standard base** (cioè il valore da raggiungere per dire se il requisito è soddisfatto oppure no)
- **tipologia della fonte** (indicazione della documentazione che dimostra oggettivamente il raggiungimento dello standard base)

### Qualche esempio

Riprendendo ad es. il requisito A2 della Tab. 12 citata sopra: "E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda". La Tabella degli indicatori corrispondente indica:

REQUISITO A2	E' garantita la possibilità del contatto del cittadino con l'azienda
INDICATORE	Orario di apertura del Front Office telefonico
STANDARD BASE	40 ore settimanali
TIPOLOGIA FONTE	documenti aziendali
APPLICAZIONE	A e R

Le lettere A e R nella voce APPLICAZIONE indicano rispettivamente se si tratta di un requisito applicabile solo alle strutture Ambulatoriali (A), solo alle Residenziali (R) o a entrambe (A e R come in questo caso).

Rispetto ad un indicatore ancora abbastanza generico come quello appena visto ve ne sono altri ben più articolati:

REQUISITO RA (M4)	E' presente un sistema di monitoraggio per la valutazione dei servizi / fornitori esterni
INDICATORE	% di report di valutazione per servizio / fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
NUMERATORE	Numero di report di valutazione per servizio / fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
DENOMINATORE	Numero di servizio / fornitore esterno critico e rilevante per l'organizzazione
STANDARD BASE	90%
TIPOLOGIA FONTE	documento aziendale
APPLICAZIONE	A e R



In questo indicatore la presenza delle voci “**Numeratore**” e “**Denominatore**” indicano il calcolo da effettuare per ottenere il risultato minimo richiesto indicato dal valore dello “Standard base”.

Un ultimo esempio sempre dalla Tabella 12. Il requisito in questione chiede se vi sia la “Presenza di un sistema di prevenzione del rischio di caduta”. Questi gli indicatori:

REQUISITO RA (M15)	Presenza di un sistema di prevenzione del rischio di caduta
INDICATORE 1	% di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
NUMERATORE	Numero di pazienti anziani valutati secondo i requisiti indicati dalla buona pratica regionale per rischio di caduta
DENOMINATORE	Numero pazienti anziani presenti in struttura
STANDARD BASE	80%
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
INDICATORE 2	Presenza di un piano di riduzione dei fattori di rischi di caduta connessi con ambienti e presidi coerente con quelli indicati dalla buona pratica regionale
STANDARD BASE	sì
TIPOLOGIA FONTE	monitoraggio interno
APPLICAZIONE	R

In questo caso il possesso del requisito è dimostrato da **due indicatori** (uno numerico e l'altro fattuale) che devono essere **entrambi presenti**.



## Il sistema dei controlli

### Accreditamento istituzionale

I controlli sulle domande di accreditamento istituzionale sono attivati **a campione** dalla Giunta Regionale. La legge parla di controlli su un campione “**sufficientemente numeroso**”, la cui selezione (criteri generali, modalità e tempi) è oggetto di uno specifico atto dirigenziale.

Per lo svolgimento operativo dei controlli la Giunta si avvale del **Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione** istituito dalla legge stessa e i cui componenti sono scelti dall'Elenco Regionale dei Valutatori (per gli “Attori” del sistema di accreditamento vedi il box specifico).

Le strutture accreditate sono soggette anche a **controlli periodici**, sempre a campione, da parte del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione. Tali verifiche sono finalizzate ad accertare la permanenza dei requisiti dichiarati all'atto dell'accREDITAMENTO. Gli esiti delle verifiche sono riportati alla Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza che esprime con apposita relazione le proprie valutazioni e i provvedimenti da adottare in caso di difformità con quanto dichiarato nell'autocertificazione.

Nel caso in cui le difformità siano particolarmente gravi la Giunta Regionale diffida la struttura, nel termine massimo di **novanta giorni**, a garantire l'adeguamento ai requisiti prescritti. Trascorso inutilmente tale termine, la Giunta Regionale adotta i conseguenti provvedimenti che possono giungere fino alla **revoca** dell'accREDITAMENTO.

Le stesse modalità di controllo si applicano anche in caso di accREDITAMENTO istituzionale richiesto da singoli professionisti.

### Accreditamento di eccellenza

Anche per l'accREDITAMENTO di eccellenza la Giunta Regionale, avvalendosi del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione attiva **controlli a campione**, le cui modalità, frequenza e criteri, similmente a quanto avviene per l'accREDITAMENTO istituzionale, sono definiti con atto dirigenziale.

Le risultanze di tali verifiche sono riportate alla Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza, che formula, se necessario, la proposta di revoca dell'accREDITAMENTO di eccellenza.





## Le scadenze

Il nuovo sistema di accreditamento sanitario si innesta, come abbiamo visto, su un tessuto di strutture e professionisti già operanti da tempo in regime di convenzionamento con il SSN e quindi, già accreditati ai sensi della L.R. 8/99.

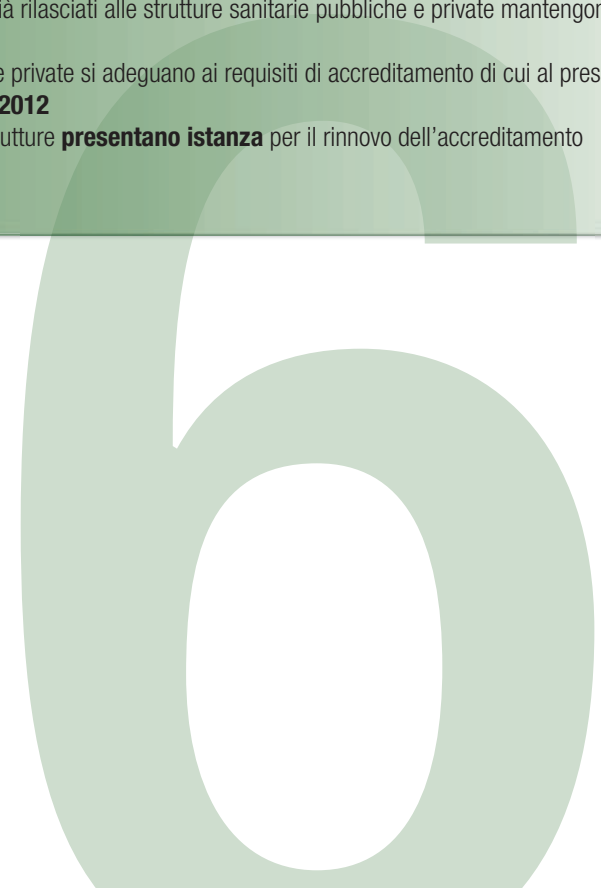
Per tutti i soggetti privati già accreditati, il regolamento applicativo prevede un tempo congruo per richiedere il rinnovo attestando il possesso dei requisiti così come previsto dalla nuova normativa. Il limite temporale per proporre l'istanza di rinnovo è stato fissato dal Regolamento al **31 marzo 2012**.

Di conseguenza tutti gli accreditamenti in essere **mantengono validità fino a tale data**.

### Scadenziario

#### Le Scadenze (Reg. 61/2010)

- Gli accreditamenti già rilasciati alle strutture sanitarie pubbliche e private mantengono validità **fino al 31 marzo 2012**
- Le strutture sanitarie private si adeguano ai requisiti di accreditamento di cui al presente regolamento **entro il 31 marzo 2012**
- Entro tale data le strutture **presentano istanza** per il rinnovo dell'accREDITAMENTO





# Cassetta degli attrezzi

## Tabelle riepilogative

### L'Accreditamento Istituzionale

<b>Domanda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Istanza alla Giunta Regionale con attestazione del possesso dei requisiti previsti dal regolamento 61/2010</li></ul>
<b>Rilascio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accertamento della funzionalità rispetto alla programmazione regionale</li></ul>
<b>Controlli</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A campione realizzati dal Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione</li><li>• 90 gg. per adempiere nei casi più gravi</li></ul>
<b>Durata</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 anni</li><li>• Rinnovo su domanda</li></ul>

### L'Accreditamento d'Eccellenza

<b>Domanda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Istanza alla Giunta Regionale con attestazione del possesso dei requisiti previsti dal regolamento 61/2010 e gli ulteriori successivi aggiornamenti</li></ul>
<b>Rilascio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valutazione dell'istanza da parte della Commissione Regionale per la Qualità</li><li>• Report di sintesi</li><li>• Attestazione di accreditamento da parte della Giunta dietro parere VINCOLANTE della Commissione</li></ul>
<b>Controlli</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A campione realizzati dal Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione</li><li>• Eventuale revoca da parte della Commissione</li></ul>
<b>Durata</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 anni</li><li>• Rinnovo su domanda</li></ul>

## Gli attori del sistema di accreditamento

**Giunta Regionale:** è il soggetto che riceve le domande e rilascia l'accREDITamento. Avvalendosi del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione opera i controlli sull'accREDITamento.

**Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza:** è il principale soggetto tecnico di supporto al Sistema. I suoi compiti sono: 1) consulenza alla Regione in materia di qualità e sicurezza; 2) esprimere parere sui requisiti e gli indicatori di accREDITamento; 3) formulare proposte alla Regione per lo svolgimento delle funzioni di controllo e per indirizzare le attività del Gruppo Regionale di Valutazione, da cui acquisisce le risultanze delle attività di verifica; 4) promuovere le azioni formative; 5) esprimere parere ai fini dell'accREDITamento di eccellenza; 6) promuovere il coordinamento interaziendale delle iniziative in materia di qualità e sicurezza delle cure; 7) redigere annualmente una relazione sull'attività svolta.

**Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione:** è istituito dalla Direzione Sanità attingendo all'Elenco Regionale dei Valutatori. Il suo compito principale è di valutare i livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle strutture pubbliche e private oggetto di controllo e la loro coerenza con quanto dichiarato nella domanda di accREDITamento.

**Forum Permanente dei Cittadini:** è istituito dalla Giunta Regionale tramite protocollo con il Comitato Regionale dei Consumatori e degli Utenti (previsto dalla L.R. 9/2008). Attraverso il Forum la Regione favorisce la partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza delle cure (in coerenza con la L.R. 69/2007 la cosiddetta "legge sulla partecipazione").

# Bacheca digitale

## Sitografia

### Per il sistema di accREDITamento della Regione Toscana

<http://www.regione.toscana.it/sst/procedure/autorizzazione>

### Per altri sistemi di accREDITamento regionali

**Emilia Romagna** - [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento.htm)

**Lazio** - [http://www.regione.lazio.it/rl\\_sanita/?vw=contenutiDettaglio&cat=1&id=75](http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&cat=1&id=75)

**Lombardia** - [http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG\\_Sanita%2FDGLayout&cid=1213277444403&p=1213277444403&pagename=DG\\_SANWrapper](http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGLayout&cid=1213277444403&p=1213277444403&pagename=DG_SANWrapper)

**Veneto** - [http://www.arssveneto.it/html\\_pages/accreditamento.php?idm=69](http://www.arssveneto.it/html_pages/accreditamento.php?idm=69)

### Per la normativa citata

<http://www.regione.toscana.it/sst/procedure/autorizzazione>

### Per un quadro generale delle normative regionali in materia di accREDITamento

[http://www.sin-italy.org/Normative/accreditamento\\_nazionale/Ric\\_nor\\_reg\\_accreditamento\\_ist\\_08.pdf](http://www.sin-italy.org/Normative/accreditamento_nazionale/Ric_nor_reg_accreditamento_ist_08.pdf)

<http://www.ssosa.com/leggi-accreditamento.htm>

### Per la formazione continua in medicina (ECM)

<http://www.salute.gov.it/ecm>

<http://ape.agenas.it>

### Per un elenco (aggiornato 2010) delle strutture di ricovero private accreditate in tutta Italia

<http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=elenchi>

### L'accREDITamento su Wikipedia

<http://it.wikipedia.org/wiki/AccREDITamento>

### Per uno sguardo fuori dall'Italia

<http://www.who.int>

<http://www.jointcommission.org/>

[http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_healthcare\\_accreditation](http://en.wikipedia.org/wiki/International_healthcare_accreditation)



# Indice

## La sfida della qualità

Patrizio Petrucci, *presidente Cesvot*..... 1

## L'accreditamento sanitario in Toscana.....3

### Accreditamento istituzionale.....5

Che Cos'è..... 5

Come si ottiene ..... 5

Validità e rinnovo ..... 6

La qualità dei professionisti..... 6

### Accreditamento di Eccellenza .....7

Che Cos'è..... 7

Come si ottiene ..... 7

Validità e rinnovo ..... 8

### Il sistema dei requisiti e degli indicatori.....11

Gli Indicatori.....13

### Il sistema dei controlli .....15

Accreditamento Istituzionale.....15

Accreditamento di Eccellenza.....15

### Le Scadenze .....17

Scadenario .....20

### Cassetta degli attrezzi .....19

Tabelle riepilogative.....19

### Bacheca digitale .....21

**Per informazioni**

Regione Toscana  
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico  
Via di Novoli, 26 - 50127 Firenze  
N. Verde: 800-860070

**[urp@regione.toscana.it](mailto:urp@regione.toscana.it)**  
**<http://urp.rete.toscana.it>**

Regione Toscana  
Assessorato per il Diritto alla Salute  
Settore Qualità dei Servizi e Partecipazione del Cittadino  
Via Taddeo Alderotti 26/n - FIRENZE

**CESVOT**  
CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO TOSCANA